Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell.
prof. Dra H. Jordana.

UWAGI

DOTYCZĄCE RAKA SZYI MACICY

NA PODSTAWIE SPOSTRZEŻEŃ

POCZYNIONYCH W KLINICE.

Napisał

Dr. Ludwik Świtalski
I-szy asystent kliniki.

W KRAKOWIE,
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1896.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell.
prof. Dra H. Jordana.

UWAGI

DOTYCZĄCE RAKA SZYI MACICY

NA PODSTAWIE SPOSTRZEŻEŃ

POCZYNIONYCH W KLINICE.

Napisał

Dr. Ludwik Świtalski
I-szy asystent kliniki.

W KRAKOWIE,
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza
1896.

Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“ 1896. Nr. 48—49.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell.
prof. Dra H. Jordana.

Uwagi dotyczące raka szyi macicy na podstawie spostrzeżeń poczynionych w klinice.

Podał

Dr. Ludwik Świtalski,
1-szy asystent kliniki.

Jednym z najczęstszych nowotworów, wychodzących z części rodnych kobiecych, jest rak szyi macicy; wchodzi on w zakres działania nie tylko ginekologa, lecz i chirurga, który również nie rzadko ma sposobność operacyjnego leczenia tego cierpienia.

Ale tak ginekolodzy jak i chirurdzy, w przeważnej ilości przypadków, stwierdzają zmiany chorobowe tak daleko posunięte, że radykalnego zabiegu już wykonać nie można.

W ostatnich latach zwracałem baczniejszą uwagę na chore, dotknięte rakiem szyi macicy, zgłaszające się do kliniki; starałem się wybadać przyczynę tak późnego zgłaszania się do operacyi, a przy tej sposobności, chcąc się przekonać, jak wiele tych chorych szuka porady lekarskiej w klinice, w ilu przypadkach możliwem jest wykonanie operacyi radykalnej, a wreszcie jakie wyniki osiągnięto u nas, zebrałem cały materyał z ostatnich trzynastu lat (od roku szkolnego

1883/4—1895/6), a spostrzeżenia jakie poczyniłem w krótkości tu przedstawię.

W ostatnich 13 latach na 9194 chorych, leczonych stale i poliklinicznie w klinice ginekologicznej, było 363 przypadków raka szyi macicy, a więc 3·94%. Chore nasze pochodziły przeważnie z niższej warstwy społeczeństwa, w której rak macicy najczęściej się rozwija, jak to jest zresztą rzeczą powszechnie znaną. Z 355 chorych, u których zanotowano wiek, wystąpił rak na szyi macicy:

19	razy	pomiędzy	20—30	rokiem	życia
78	„	„	30—40	„	„
153	„	„	40—60	„	„
81	„	„	50—60	„	„
16	„	„	60—70	„	„
7	„	„	70—80	„	„

Najczęściej zapadały na raka szyi macicy kobiety między 40—50 r. życia, bo aż w 43%. Rzadko występuje rak przed 30 r., a wyjątkowo tylko przed 20 r. życia. Najmłodsza z naszych chorych miała lat 21, najstarsza 80. U 113 chorych, a więc 31·8%, rozwinął się rak w jakiś czas po skończeniu się lat przejściowych. Twierdzenie Gusserowa, jakoby przeważna część chorych, zapadających na raka szyi macicy, przebywała przeciętnie większą ilość porodów, potwierdza i nasza statystyka. Na 285 chorych, u których w wywiadach uwzględniono przebieg życia płciowego, 6·3% nie roniło i nie rodziło, reszta przebyła 1654 porodów i poronień tak, że przeciętnie na każdą chorą przypada około 6 porodów, względnie poronień.

Związek, jaki zachodzi pomiędzy przebytymi porodami a rakiem szyi macicy prawdopodobnie jest pośredni, o tyle, o ile porody i poronienia przyczyniają się do wystąpienia zmian zapalnych na błonie śluzowej szyi macicy, które długi czas nieleczone, mogą niewątpliwie stworzyć warunki sprzyjające rozwojowi raka. Ruge i Veit[1]) stwierdzili swemi bada-

[1]) Der Krebs der Gebärmutter v. Dr. Ruge u. Dr. Veit 1881. s. 104.

niami niezaprzeczony związek pomiędzy gruczołami erosyi a rakiem i, na tej podstawie, wypowiedzieli zdanie: *dass ein grosser Theil der Portionscarcinome Drüsencarcinome sind, die von neugebildeten Drüsen (Erosionen) ihren Ausgang nehmen.* Nie przypisują przytem, jak Breisky i Olshausen, tak wielkiego znaczenia wrębom na części pochwowej, powstałym po przedarciu szyi podczas porodu.

Że w miejscu erosyi może przyjść do rozwoju raka, o tem pouczają nie tak rzadkie spostrzeżenia kliniczne i wszyscy klinicyści z zapatrywaniem tem godzą się.

W zeszłym roku szkolnym mieliśmy sposobność operowania chorej z rakiem szyi macicy, osoby młodej, bo zaledwie 29 lat liczącej, nauczycielki, która z powodu chronicznego zapalenia błony śluzowej szyi macicy z dużą erosyą, była leczona bardzo sumiennie przez jednego z ginekologów, nie mającego z początku najmniejszego podejrzenia na sprawę nowotworową. Zmiany na części pochwowej, pomimo energicznego leczenia, bardzo powoli ustępowały, a chora, znudzona długiem leczeniem, usunęła się z pod obserwacyi lekarskiej. Kiedy w cztery miesiące potem chora ta zgłosiła się do kliniki, można było stwierdzić raka części pochwowej znacznie już rozrosłego. Na szczęście dał się wykonać jeszcze zabieg radykalny i pacyentka dotąd (dwa lata po operacyi) jest zupełnie zdrową. Przypadek ten zarazem świadczy, jak czasem szybko, — tu prawdopodobnie z powodu młodego wieku chorej, — nowotwór się rozrasta.

Uderzającem jest w naszej statystyce to, że rak macicy występuje bardzo rzadko u żydówek, które dosyć licznie w stosunku do katoliczek zasięgają porady lekarskiej w klinice. Zauważył to również prof. Jordan, który, mając od kilkunastu lat bardzo rozległą praktykę pomiędzy izraelitkami, tylko nader rzadko spotykał się u nich z tym nowotworem. A przecież żydówki u nas przeciętnie więcej rodzą, niż katoliczki, a warunki życiowe w klasie uboższej nie są wcale lepsze od warunków, w jakich żyją te same warstwy katolickie. Prawdopodobnie odgrywa tu pewną rolę więcej higie-

niczne przeprowadzenie połogów, wcześniejsze leczenie się, a może poniekąd i więcej przepisami religijnymi unormowane stosunki płciowe. Niektórzy bowiem jak Schröder, Martin podają między innymi, jako czynnik sprzyjający rozwojowi raka nadmierne zaspakajanie popędu płciowego. Trudno przypuścić, aby odgrywała tu rolę jaką rasa, dotąd bowiem wiadomo, że tylko kobiety o skórze ciemnej bardzo rzadko zapadają na raka macicy, natomiast często na włókniaki. Przyczyny późnego zgłaszania się chorych z rakiem macicy do operacyi są rozmaite i tu muszę powtórzyć to, co przed kilkoma laty napisał Winter [1]. W największej ilości przypadków przyczyna tego leży w wielkiej nieudolności samych chorych, w dużej jeszcze ilości przypadków winni są lekarze i akuszerki a w najmniejszej ilości, bo zdarza się to wyjątkowo, przyczyna leży w rozwoju samej sprawy chorobowej, wśród bardzo nieznacznych objawów.

Chore z niższych warstw naszego społeczeństwa z niechęcią wogóle zasięgają porady lekarskiej, a jeżeli to czynią to zwykle dopiero wtedy, gdy mają jakieś znaczniejsze dolegliwości; a właśnie przy raku macicy objawy z początku są tak mało dokuczliwe, że większa ilość chorych lekceważy je sobie i, dopiero wtenczas, gdy wystąpią upławy cuchnące, silne bóle, nieudolność do pracy, zwracają się do lekarza lub kliniki, ale wonczas już zwykle nowotwór się tak rozszerzył, że operacyi radykalnej wykonać nie można.

Większe zainteresowanie się swojem zdrowiem i wcześniejsze zasięganie porady lekarskiej może rozbudzić tylko większa oświata; miejmy nadzieję, że, w miarę rozwoju szkolnictwa, nastąpi poprawa i w tym kierunku. Że akuszerki zajmują się leczeniem chorych z cierpieniem ginekologicznem, zwłaszcza po małych miasteczkach i wsiach, to jest rzeczą powszechnie znaną, jak również i to, że wiele kobiet z niższych warstw społeczeństwa zwraca się o poradę nieraz

---

[1]) Berl. Klin. Wochenschrift 1891. Nr. 33. Über die Frühdiagnose des Uteruskrebses.

z większem zaufaniem do akuszerki, która zwykle obejmuje ją sama w leczenie, polecając jej używanie jakichkolwiek środków domowych. Dopiero, kiedy stan się pogarsza, leczenie nie odnosi żadnego skutku, odsyła ją do lekarza, niestety jednak, przy raku macicy, zwykle zapóźno. Zapobiedz praktyce akuszerek w tym kierunku jest rzeczą bardzo trudną; ale natomiast w szkole akuszerek powinno się zwracać uczennicom szczególniejszą uwagę na to tak straszne cierpienie, należy im przedstawić przykre następstwa zgłaszania się późnego tych chorych do operacyi, a wreszcie zwrócić uwagę na początkowe objawy tego nowotworu. W ten sposób pouczone akuszerki mogłyby tylko korzystnie na chore oddziaływać i nakłaniać je do wcześniejszego zgłaszania się do lekarza lub kliniki.

Ale niestety i lekarze nie tak rzadko popełniają wielki błąd i zamało kładą wagi na pierwsze objawy raka macicy. Złudzeni dobrem wejrzeniem chorych, w początku rozwoju tego nowotworu, nie badają ich wcale, lub też bardzo niedokładnie.

A dzieje się to nie tak rzadko, nietylko na prowincyi, ale nawet i w miastach stołecznych, o czem mieliśmy się sposobność niejednokrotnie przekonać. Wielu lekarzy ma to błędne zapatrywanie, że wogóle przy raku musi wystąpić wyniszczenie dla tego nowotworu poniekąd charakterystyczne. Podczas gdy jednak przy raku niektórych ważnych narządów, n. p. żołądka, chéra występuje dosyć wcześnie, to przy raku macicy dzieje się to zwykle późno, bo dopiero wtenczas, kiedy następuje rozpad nowotworu, bardzo obfite upławy i krwawienia. Początkowo wejrzenie tych chorych może być nawet kwitnące.

O ten sam błąd w postępowaniu z choremi oskarża Winter[1]) lekarzy i podaje, że z chorych na raka szyi macicy, które zgłosiły się w r. 1891. do kliniki berlińskiej, trzecia część była leczona przez lekarzy, którzy ich wcale nie badali.

---

[1]) Centralblatt f. Gyn. 1895. Nr. 13. s. 320.

Przez ogłoszenie, wystósowane do lekarzy, stosunki się o tyle poprawiły, że w następnym roku odsetek przypadków, nadających się do operacyi radykalnej, podniósł się z 31% na 45%, a liczba chorych z tem cierpieniem, leczonych a nie badanych przez lekarzy, spadła z 32% na 18%.

Wyjątkowo tylko zdarzają się pewne postacie raka szyi macicznej *(skirrhus)*, przy których bardzo długi czas objawy tak są nieznaczne, że nawet z pod uwagi wykształconej pacyentki mogą się usuwać; krwawienie, jeden z pierwszych objawów, który skłania chorą do zasięgania porady lekarskiej, może wystąpić bardzo późno, a skąpe białe upławy są zamało znaczącym objawem, aby mogły chorą naprowadzić na możliwość tak ciężkiego cierpienia. Dlatego też nie ma w tem nic dziwnego, jeżeli chore z tą postacią raka zapóźno zgłaszają się do operacyi.

Rozpoznanie raka szyi macicy w samym początku jego rozwoju nie zawsze jest rzeczą łatwą i trzeba niejednokrotnie, podobnie jak i przy raku trzonu macicy, wyczerpać wszystkie sposoby badania, aby postawić dobre rozpoznanie. Wiele tu zależy od miejsca, w którem rak się rozwija. Według Schrödera odróżniamy, ze względu na miejsce rozwoju, trzy postacie raka szyi macicy. Pierwsza rozwija się na części pochwowej (*Papilläre Form oder oberflächliches Cancroid der Portio*), druga w błonie śluzowej szyi (*Corcinom der Cervixschleimhaut*), a trzecia pod błoną śluzową (*Carcinom des Cervix*). W okresie późniejszym, gdy nowotwór znacznie się rozrośnie i ulega rozpadowi, odróżnienie tych postaci jest niemożliwe, co zresztą nie ma żadnego znaczenia. Inaczej rzecz się ma w samym początku rozwoju tego nowotworu: wtenczas trzeba zawsze pamiętać o tych trzech możliwych postaciach, aby odpowiednio i badanie przeprowadzić. Względnie najłatwiej można rozpoznać raka części pochwowej, który jest bezpośrednio dostępny dla badania dotykiem i wzrokiem. Pomimo tego jednak nierzadko i przy tej postaci trafiają się przypadki wątpliwe, w których, w celu postawienia pewnego rozpoznania, musimy dokonać wycięcia podejrzanej tkanki

i poddania jej badaniu drobnowidowemu, które ostatecznie rozstrzygnie o jakości zmiany patologicznej. Rak części pochwowej, w samym początku swego rozwoju, ma nieraz wielkie podobieństwo do erosyi brodawkowej (*erosio papillaris*), jaka występuje w przebiegu dłużej trwającego zapalenia przewłocznego błony śluzowej szyi macicy. Zwykle jednak przy raku nierówności są wybitniejsze, utkanie twardsze i więcej kruche tak, że łatwo przychodzi do krwawienia pod wpływem już nieznacznego bodźca mechanicznego (n. p. spółkowanie, badanie), a wreszcie istnieje brak dążnosci do gojenia się pomimo odpowiedniego leczenia.

Trudniejszem jest rozpoznanie w początku raka błony śluzowej szyi lub szyi macicy. W tych razach badanie musi być przeprowadzone w podobny sposób, jak przy podejrzanym raku trzonu macicy, bo jak tu, tak i tam ognisko nowotworowe jest ukryte. Badanie za pomocą zondy, bezpośrednie badanie palcem po poprzedniem rozszerzeniu szyi, a wreszcie próbne wyskrobanie (*abrasio*) i badanie drobnowidowe doprowadzi nas do pewnego rozpoznania. Co do próbnego skrobania, to aby ono mogło nam oddać należytą usługę musi być zrobione bardzo dokładnie tak, aby przez skrobanie nie pominąć żadnego miejsca w macicy, ze zwróceniem szczególnej uwagi na miejsca, które przy badaniu zondą lub palcem przedstawiają się nam jako podejrzane.

Tu muszę wspomnieć, że w przypadkach, w których mamy podejrzenie na raka macicy, nie należy zaniedbywać badania przez odbytnicę, które nieraz pouczy nas dokładniej o zachowaniu się szyi i trzonu macicy i nieraz umożliwi wykazanie zmian, których przy badaniu przez pochwę nie mogliśmy wykazać.

W niektórych przypadkach raka szyi macicy, już nieco więcej rozwiniętego, część pochwowa przyjmuje postać charakterystyczną, kulistą, przyczem ujście zewnętrzne przedstawia się wtedy w postaci wązkiej szparki.

W niezmiernie rzadkich przypadkach mogłoby się zdarzyć, że przy raku szyi macicy (trzecia postać), nawet badanie drobnowidowe wyskrobanych strzępów błony śluzowej szyi, pomimo istniejącego nowotworu dałoby wynik ujemny, a to wtedy gdy albo nowotwór, który rozwija się pod błoną śluzową nie przebił jej jeszcze, lub rozrasta się więcej obwodowo. W takich wątpliwych, a podejrzanych razach, pozostaje jeszcze jako ostatnia ucieczka obserwacya, a dokładnie przeprowadzone badanie po pewnym czasie niewątpliwie pouczy nas o charakterze cierpienia. Tu muszę zaznaczyć, że potrzeba obserwacyi, w celu rozpoznania raka szyi macicy, przy dzisiejszych sposobach badania zachodzi nader wyjątkowo i uciekać się do niej nie należy, jeśli nieodzowna konieczność do tego nie zmusza; chore bowiem z cierpieniem ginekologicznem bardzo niechętnie poddają się powtórnemu badaniu i nierzadko, zamiast zgłosić się do lekarza w terminie przez niego oznaczonym, przybywają w kilka miesięcy później; dlatego też w takich przypadkach należy chorą dokładnie pouczyć o co idzie, aby potem nie składała winy na lekarza.

Każdy lekarz, przed przystąpieniem do badania chorego, przedewszystkiem stara się uwzględnić w wywiadach objawy chorobowe w danym przypadku, które powinny go pouczyć, w jakim kierunku ma przeprowadzić szczegółowe badanie. Wywiady w ginekologii mają bardzo wielkie znaczenie i w wielu bardzo razach umożliwiają postawienie rozpoznania. Podczas gdy chore z innemi cierpieniami podają objawy chorobowe, może aż zanadto drobiazgowo, to cierpiące na narząd rodny niechętnie wogóle wspominają o objawach, które są następstwem zmian patologicznych w częściach rodnych i nierzadko zwierzają się lekarzowi dopiero wtenczas, kiedy ten stawia im odpowiednie pytania. A właśnie może to mieć znaczenie przy rozpoczynającym się raku macicy, którego początkowe objawy są tak mało wybitne i powinno stać się dla lekarza bodźcem do dokładnego badania części rodnych.

Dokładne więc wywiady, połączone z dokładnem badaniem, powinny w każdym przypadku ginekologicznym stanowić podstawę, na której lekarz opiera swoje rozpoznanie.

Objawy, jakie towarzyszą rozwojowi raka szyi macicy, są zwykle mało wybitne. Pierwszym, najczęściej występującym objawem, który najmniej podpada pod uwagę pacyentki, bywa krwawienie, które najczęściej występuje nieregularnie, rzedziej jako krwawienia miesiączkowe. Z naszych chorych 39% podało krwawienie jako pierwszy objaw. Krwawienia te przy rozwijającym się raku macicy są następstwem zmian zapalnych na błonie śluzowej macicy, lub znacznego przekrwienia, wywołanego rozwojem nowotworu, *jouant le rôle d'epine irritative*, jak mówi Pozzi. Nie tak rzadko występuje także w tym okresie krwawienie nieznaczne po spółkowaniu, twardym stolcu, większych wysiłkach fizycznych. Krwawienia te mogą być następstwem albo obrażenia mechanicznego, albo znaczniejszego przekrwienia. Przed 2-ma laty zgłosiła się do kliniki chora, u której przez pierwsze miesiące jedynym objawem były nieznaczne krwawienia po spółkowaniu; pojawiły się one dosyć wcześnie, bo na 1½ roku przed operacyą radykalną, od wykonania której upłynęło przeszło dwa lata, a pacyentka cieszy się jak najlepszem zdrowiem. 25% podało jako pierwszy objaw białe upławy, do których dopiero po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu dołączyły się krwawienia. Upławy białe zwykle przy raku macicy najwcześniej występują, jednak chore mniej rozwinięte umysłowo zwykle nie zwracają na nie uwagi, chyba że są bardzo obfite. Reszta naszych chorych była tak mało wykształcona, że wcale nie umiała podać początkowych objawów, lub też za takie uważała dopiero upławy cuchnące, bóle w krzyżach lub okolicach nadpachwinowych.

Nieznaczne więc zazwyczaj krwawienia i białe upławy są to dwa objawy, które występują w okresie pierwszym, t. zw. utajonym, raka szyi macicy.

W okresie drugim występują już objawy bardzo wybitne, prawie cechujące, w postaci upławów początkowo

wodnistych, różowych, w miarę zaś postępującego rozpadu coraz więcej cuchnących, brudnych, z domieszką strzępów rozpadającej się tkanki nowotworowej, przeplatanych obfitemi zwykle krwawieniami. W tym okresie występują także bóle, które są następstwem zajęcia tkanki łącznej omacicznej. Bóle te, umiejscawiane w krzyżach i okolicach nadpachwinowych, są zwykle ciągłe, rzedziej zaś mają charakter bólów neuralgicznych. W okresie trzecim, zwanym okresem wyniszczenia, może wystąpić wiele innych znanych objawów, będących następstwem rozrastania się nowotworów kosztem tkanek i narządów sąsiednich.

Początkowe objawy, towarzyszące rakowi szyi macicy, mogą występować i z innych przyczyn; rzeczą lekarza jest w każdym przypadku chorą dokładnie zbadać i wyszukać przyczynę, nie łudzić się przytem ani wiekiem ani wejrzeniem pacyentki. Wśród pewnych jednak okoliczności początkowe te objawy wzbudzają już z góry wielkie podejrzenie raka macicy. I tak wszystkie krwawienia i upławy, jakie występują po skończeniu się lat przejściowych, najczęściej pojawiają się w następstwie raka macicy. Krwawienie i upławy w tym czasie z innych przyczyn (ukleje, *endometritis chronica*, mięsowłókniaki, starcze zapalenia pochwy) występują bardzo rzadko. W tych też przypadkach w przeważnej liczbie znajdziemy raka szyi, lub co znacznie rzedziej, trzonu macicy. Na 812 przypadków raka macicy wogóle, spostrzeganych przez Schrödera, było zaledwie 28 przypadków raka trzonu, a więc 3·4%, inni autorowie podają 2%. Rak trzonu macicy występuje najczęściej pomiędzy 60—70 rokiem życia, a objawy początkowe są podobne do objawów raka macicy. Charakterystyczne według Simpsona napadowo bóle, towarzyszące rakowi trzonu macicy, występują rzadko. Rozpoznanie raka w samym początku jego rozwoju ma bardzo wielkie znaczenie ze względu na rokowanie pooperacyjne. Najpoważniejsi autorowie utrzymują, że rak szyi macicy z początku jest cierpieniem miejscowem i rozrasta się głównie *per continuitatem;* podczas gdy przerzuty w gruczołach chłonnych wystę-

pują dosyć późno, a w odleglejszych narządach rzadko. Gusserow[1]) w swojem dziele pisze: *est ist schon von Alters her allen guten Beobachtern aufgefallen, dass der Gebärmutterkrebs so überwiegend häufig nicht nur als lokale Erkrankung am Cervix beginnt, sondern auch bis zu Ende seinen Charakter als Localerkrankung beibehält.* Winter[2]) i Pfannenstiel[3]) utrzymują, że przerzuty w gruczołach chłonnych tworzą się dosyć późno, zwykle dopiero wtedy, gdy tkanka łączna maciczna zostaje przez nowotwór zajęta.

Dlatego, operując w samym początku, mamy możność doszczętnego usunięcia nowotworów i uchronienia chorej od nawrotu. Tak też poucza rzeczywiście doświadczenie kliniczne. Gdy rak rozrośnie się na tkankę łączną omaciczną, wtedy całkowite usunięcie tego nowotworu natrafia na wielkie trudności; nie ma się nigdy pewności, czy nie pozostawiło się jakiegoś ogniska i w tych przypadkach przychodzi często do nawrotu. Zapóżne więc zgłaszanie się chorych do operacyi jest głównie przyczyną, że ilość zupełnie wyleczonych (a za takie bywają uważane te chore, u których w przeciągu 5 lat po operacyi nie wystąpi nawrót) po operacyi raka szyi macicy dochodzi zaledwie do 25%.

Z udoskonaleniem metod operacyjnych śmiertelność w następstwie operacyi radykalnej znacznie się zmniejszyła. Hofmeier[4]), na podstawie statystyki 749 przypadków wycięcia macicy od strony pochwy, dokonanych przez 12 operatorów z powodu raka macicy, podaje 9·2% śmiertelności.

Z naszych 303 chorych na raka szyi macicy nadawało się do operacyi radykalnej 71 a więc zaledwie 19·5%. Nie były to jednak już wszystkie przypadki idealne do operacyi, t. j. gdzieby nowotwor był ściśle ograniczony do utkania

---

[1]) Die Neubildungen des Uterus 1886.
[2]) Über die Recidive des Uteruskrebses Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd XXVII.
[3]) Centralblatt f. Gynäkologie 1893 s 414. Beitrag zur patholog. Anatomie u. Histogenese des Uteruskrebses.
[4]) Grundriss der gynäkologischen Operationen 1892.

macicy, ale są tu wliczone i takie, w których pomimo, że nowotwór rozrósł się już i na tkanki sąsiednie, jednak zabieg radykalny mógł dawać jeszcze nadzieję zupełnego wyleczenia.

Z tych 71 chorych operowano radykalnie tylko 35, z pozostałych 36 część nie poddała się żadnej operacyi, część zaś nie zgodziła się na zabieg radykalny tak, że musiano u nich poprzestać na wyskrobaniu tkanki nowotworowej i wypaleniu przyżegadłem Pacquelina. U 35 chorych, które operowano, dokonano raz odcięcia tylnej wargi nowotworem zajętej, 4 razy odcięcia części pochwowej sposobem Brauna, 30 razy wycięcia całkowitego macicy.

Z 5 chorych, u których dokonano częściowego wycięcia macicy, wystąpił nawrót u 3, a u 2 wynik jest niewiadomy Całkowite wycięcie macicy z powodu raka szyi macicy wykonano w klinice krakowskiej po raz pierwszy w grudniu 1889 tak, że trzydzieści operacyj przypada na $6^1/_2$ lat, a z tego 23 na ostatnie dwa lata.

28 razy dokonano wycięcia macicy od strony pochwy, raz sposobem Rydygiera-Freunda, raz sposobem Kernfelda-Rydygiera. Ten ostatni przypadek dotyczył chorej źle odżywionej, liczącej lat 57, u której naciek nowotworowy rozrósł się już na *parametrium* lewe. Zabieg bardzo ciężki chora zniosła dobrze, ogólny jednak stan jej zdrowia od czasu operacyi zaczął coraz więcej podupadać tak, że w miesiąc zmarła wskutek ogólnego wyniszczenia, sekcya bowiem nie wykazała żadnej innej przyczyny śmierci.

Z 28. chorych, u których wykonano wycięcie macicy od strony pochwy, zmarły 2 chore ($7{\cdot}2^0/_0$) w następstwie operacyi, z powodu zapalenia septycznego otrzewnej.

Jeżeli wykluczy się jeszcze z tych 28 przypadków, 6 operowanych dopiero w ostatnich 5-ciu miesiącach, to pozostanie do uwzględnienia 20, u których od operacyi upłynęło najmniej 14 miesięcy. Otóż z tych 20 chorych dotąd zdrowych (od 14 miesięcy do 5-ciu lat po operacyi) jest 6,

umarło wskutek nawrotu 6, napewne wystąpił nawrotu 3, niewiadomo jaki jest wynik u 5.

Z 15 więc chorych, od których operacyi upłynęło co najmniej 14 miesięcy, a o których można było zasięgnąć pewnej wiadomości, 6 jest zdrowych, czyli 40%.

Zanim przystąpię do podania metod jakiemi posługiwaliśmy się przy wycinaniu macicy od strony pochwy, chciałbym nieco w ogólności pomówić o operacyi raka szyi macicy. Na X-tym międzynarodowym kongresie medycznym w Berlinie zgodzono się jednomyślnie na zupełne wycinanie macicy przy raku szyi, jako na zabieg najradykalniejszy. Bo jakkolwiek wyniki po nadpochwowem odcinaniu szyi sposobem Schrödera były zadowalniające, to okazało się, że w niektórych przypadkach raka szyi, będącego jeszcze w początku rozwoju, tworzą się przerzuty w trzonie (Seelig). Odtąd też przeważna część operatorów dokonuje całkowitego odcięcia macicy od strony pochwy, pozostawiając metodę Freunda, a względnie Freunda-Rydygiera, do przypadków powikłanych, w ktorych wycięcia od strony pochwy wykonać nie można. Wycięcie macicy od strony pochwy, operacya zalecona przez Czernego, w ostatnich latach uległa licznym modyfikacyom, a z tych za najważniejszą należy uważać modyfikacyę Peana, który w miejsce podwiązek zakładanych na szerokie więzadła, polecił stósowanie kleszczyków do tymczasowego tamowania krwi. Metoda jego znalazła bardzo wielu zwolenników, zwłaszcza po za granicami Niemiec, gdzie dotąd większa część operatorów posługuje się metodą podwiązkową.

Nie tu miejsce do wyliczania ujemnych i dodatnich stron tej metody; to muszę tylko podnieść, że w niektórych przypadkach oddaje ona bardzo dobre usługi, a nawet umożliwia operacyę.

W ostatnich latach, przy wyborze metody operacyjnej zaczęto zwracać jeszcze uwagę na możliwość przeszczepienia raka podczas operacyi. Dokładniejsze bowiem obserwacye kliniczne (Tross, Czerny, Odebrecht, Nicaise) i doświadcze-

nia przeprowadzone na zwierzętach (Wehr, Hanau, Eiselsberg, Morau) pouczyły, że pewną część nawrotów, po zupełnem wycięciu macicy, należy przypisać przeszczepieniu cząstek rakowych w rany operacyjne. Pfannenstiel [1]) odnosi to zwłaszcza do tych przypadków, w których przychodzi do nawrotu po operacyi raka szyi, w samym początku rozwoju będącego, gdzie się więc operuje napewne w tkankach zdrowych, lub też gdy po wycięciu macicy wystąpi nawrót, gdzieś zdala od ogniska pierwotnego. W naszej klinice w ostatnich latach mieliśmy sposobność obserwowania dwóch przypadków, w których podczas operacyi przyszło do przeszczepienia raka. W obu przypadkach w celu dokładniejszego uprzystępnienia sobie pola operacyjnego, wykonano *episiotomię* i w jednym przypadku wśród blizny, w drugim wśród ziarniny przyszło do wytworzenia się ogniska rakowego. Oba te przypadki wraz z odnośną literaturą i odpowiedniemi uwagami zostały opisane przez Docenta Dra Rosnera w Przeglądzie Lekarskim z roku 1895. (Nr. 25, 26 i 27). W celu uniknięcia przeszczepienia raka podczas operacyi, rozmaici operatorowie posługują się różnemi metodami. Największa część, idąc za radą Wintera, przed właściwym zabiegiem operacyjnym oddala, o ile to jest możliwem, za pomocą ostrej łyżeczki, masy nowotworowe, a pozostałą powierzchnię rany wypala. Tak ten, jakoteż i inne sposoby dotąd stósowane, nie dają jednak pewności, gdyż posługując się podczas operacyi ostremi narzędziami, stwarzamy korzystne warunki dla przeszczepienia, a całkowite usunięcie nowotworu przed zabiegiem jest prawie niemożliwe. Prof. Jordan, pod świeżem wrażeniem przypadków przeszczepienia raka, obserwowanych w klinice, postanowił, w celu uniknięcia tego w przyszłości, wykluczyć wszystkie narzędzia ostre podczas operacyi, a zastąpić je przyżegadłem Pacquelina. Myśl tę prof. Jordan mógł tem łatwiej wprowadzić w wykonanie, że już przedtem w kilku przypadkach,

[1]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gyn. V. Kongress 1893.

przy wycinaniu macicy od strony pochwy, posługiwał się metodą kleszczykową, która wykonanie operacyi umożliwia.

Operacyę tę zwaną „Thermo-kauterectomią“ wykonał prof. Jordan po raz pierwszy 30. Marca 1895 r. Sposób, w jaki się ją wykonuje, został opisany przez Doc. Dra Rosnera w *Przeglądzie Lek.* z r. 1895. Nr. 17.

Niezależnie od prof. Jordana, o tyle w podobny sposób, że do przecinania tkanek użył termokauteru, zaczął operować i Mackenrodt, który całą zasługę wprowadzenia przyżegadła w miejsce narzędzi ostrych przy wycinaniu raka szyi macicy od strony pochwy, przypisuje sobie, pisząc: *auch Jordan, welcher sich meinen Ausführungen angeschlossen und nach meinen ersten Publikationen den Uterus mit Hilfe des Paquelins exstirpirt hat, konnte nach einigen unvollkommenen Anfangsoperationen über befriedigende Resultate berichten.* Gdyby Mackenrodt zwrócił był dokładniejszą uwagę na datę dnia, w którym po raz pierwszy ogłosił swoją metodę i na czas, w którym prof. Jordan wykonał po raz pierwszy swoją operacyę, musiałby był przyjść do przekonania, że prof. Jordan, znajdując się zdala od Berlina, przed wprowadzeniem swojej myśli w wykonanie, o operacyi Mackenrodta nie mógł nic wiedzieć, chyba żeby był dostał specyalne wiadomości o tem na drodze telegraficznej, czego zdaje mi się nawet sam Mackenrodt nie przypuści. Mackenrodt przedstawił pierwszą chorą, u której zastósował termokauter na posiedzeniu Tow. ginekolog. berlińsk. d. 22. lutego 1895 r., a sprawozdanie z tego posiedzenia zostało ogłoszone w Nr. 15. czasopisma *Centralblatt für Gynäkologie* z r. 1895, który został wydany d. 13. Kwietnia tegoż roku, a nadszedł do Krakowa 14. Kwietnia i wtenczas dopiero prof. Jordan mógł się dowiedzieć, że Mackenrodt operował w podobny sposób. Wprowadzenie więc termokauteru przy operacyi wycinania macicy od strony pochwy jest tak zasługą prof. Jordana, jak i Mackenrodta. Zresztą sposoby operacyjne obu tych operatorów różnią się od siebie. Zajmujących się tym przedmiotem odsyłam do właściwych źródeł (Dr. Mackenrodt *Die Ignie-*

exstirpation des Uterus bei Carcinom. Centr. für Gyn. 1895. Nr. 24. Mackenrodt: *Über Ignieexstirpation bei Scheiden Gebärmutterkrebs. Centr. f. Gyn.* 1896. Nr. 5).

Tu muszę tylko nadmienić, że prof. Jordan, idąc za radą Boryssowicza, stara się o jak najszybsze oddalenie szyi macicznej, aby przez to usunąć możliwie wszystkie ogniska nowotworowe z pola operacyjnego, które nawet po najdokładniejszem wyskrobaniu i wypaleniu w utkaniu szyi pozostają. W tym celu, po przypaleniu podstawy szerokich więzadeł, a więc zabezpieczeniu tętnic macicznych, odpala prof. Jordan szyję ponad ujściem wewnętrznem, a dopiero potem oddala pozostały trzon macicy. W ten sposób postępując, można mieć pewność, że się nowotworu podczas operacyi nie przeszczepi.

Termokauterectomia w połączeniu z metodą kleszczy kową przy pomocy gorgeretu i zwykłego płaskiego palnika przyżegadła Pacquelina daje się zwykle bez trudności wykonać. Usunięcie trąbek i jajników, które prof. Jordan zawsze odpala, przy tej metodzie nie napotyka żadnych trudności. W naszych 28 przypadkach wycięcia macicy od strony pochwy zastósowaliśmy: 13 razy metodę podwiązkową, 7 razy metodę kleszczykową, 8 razy thermokauterectomią.

Co do wyników po tej ostatniej, to nic pewnego jeszcze powiedzieć nie można, gdyż od jej wykonania upłynął za krótki czas i ilość przypadków jest za mała. W każdym razie ten sposób operowania nie rozszerza wcale wskazania na przypadki, w których rak szyi znacznie się rozszerzył na tkanki sąsiednie; bo w tych przypadkach i nadal bardzo często będzie występować nawrót, a my, posługując się w tych razach tą metodą, będziemy mieć chyba tylko tę pewność, że nie będzie to nawrót, w następstwie przeszczepienia. W końcu czuję się mocno zobowiązanym do złożenia sęrdecznego podziękowania szefowi mojemu, prof. Dr. Jordanowi za zachęcenie mnie do ogłoszenia niniejszego zdania sprawy, za odstąpienie materyału i udzielenie odpowiednich wskazówek.